



Jur. Rep. hemmer, **Assessorkurs Sachsen /Thüringen / Sachsen-Anhalt**

RA Hunger & Kollegen, **Zweinaundorfer Str. 2**

04318 Leipzig, Tel: 0341/ 6 88 44 90, Fax: -96

dresden@hemmer.de / ass-sachsen@hemmer.de

Verbindliche ANMELDUNG ZUM ASSESSORKURS SACHSEN-ANHALT **UND ERMÄCHTIGUNG ZUM EINZUG VON FORDERUNGEN DURCH LASTSCHRIFTVERFAHREN, SEPA**

Die Teilnahme am Kurs ist nach dieser Anmeldung zunächst unbefristet und kann jederzeit zum Monatsende durch Erklärung mind. in Textform (§ 126b) BGB an o.g. Adresse zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung gilt zugleich als Widerruf der folgend erteilten SEPA Einzugsermächtigung. Ebenso können Sie durch einfache Erklärung in Textform monatlich vom Präsenzkurs (falls dieser angeboten!) in den Postversand und umgekehrt wechseln. Im Kurspreis ist die jeweilige Monatsausgabe unserer Ausbildungszeitschrift Life & Law und das Kursmaterial, Klausuren und deren Korrektur enthalten.

Kursort und -zeiten: Präsenzkurs ggf. nur nach Ankündigung und gesonderter Kursabsprache

Regulär findet nur Postversand: wöchentlich außer Jahresende Dez / Jan statt.

Kursferien: 1 Woche Ostern

1 Woche Pfingsten, gesetzl. Feiertage

erste Januar- und letzte Dezemberwoche

im August insgesamt für Alle Umstellung auf Postversand !

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs an.

Beginn der Teilnahme, verbindliche Anmeldung ab: (Datum)

Ich war im Zeitraum vonbisHaupt- /bzw. Kursteilnehmer des

Jur. Rep. Hemmer in der Stadt, (ggf. Nachweis anbei)

Hiermit **ermächte ich widerruflich**, die von mir zu entrichtenden monatlichen Zahlungen wegen

(gewünschte Teilnahme, Zutreffendes ankreuzen):

☐	Teilnahme am <u>Präsenzkurs</u> -Assessorkurs	(<u>kein</u> ehem. HK-Teilnehmer)	EURO 80,-
☐	Teilnahme am <u>Präsenzkurs</u> -Assessorkurs	(<u>ehem. HK-Teilnehmer</u>)	EURO 70,-
☐	Teilnahme am <u>Postversand</u> -Assessorkurs	(<u>kein</u> ehem. HK-Teilnehmer)	EURO 65,-
☐	Teilnahme am <u>Postversand</u> -Assessorkurs	(<u>ehem. HK-Teilnehmer</u>)	EURO 60,-

bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

Kontonummer**BLZ**

Kreditinstitut/ Bank (Name):.....**BIC**:.....

IBAN: DE:...../...../...../...../...../...../...../.....

Monatlich durch SEPA Lastschrift (Basislastschriftverfahren) einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Bankinstitut an, die von RA T. Hunger / Rep. hemmer gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. **Im Fall der Rückgabe der Lastschrift durch die Bank, z.B. wegen fehlender Deckung oder unberechtigter Rückgabe der LS durch Sie, müssen wir zusätzlich zu Ihren Bankgebühren einen Verwaltungsaufwand von Euro 10,- geltend machen. Dieser Mehrbetrag wird hiermit vereinbart, er wird dann im folgenden Monat zusätzlich eingezogen.** Über das Vorgehen mittels SEPA-Lastschrift bin ich hiermit vorab informiert worden.

.....e- mail:.....
(Name, Vorname) (e-mail !)

.....Tel:.....
(vollständige Anschrift) (Straße, Stadt und PLZ) (Telefon !)

.....
(Ausbildungsort) (Ort, Datum) (**Unterschrift**, ggf. auch Kto.inhaber, falls abweichend)